Beitrag zur Beurteilung blasenbildender Hauterkrankungen unter dem Bilde eines Pemphigus oder einer Dermatitis herpetiformis Duhring bei Jugendlichen.

Dissertation: Heinz Voigtlaender, Oranienbaum

1938

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548128_0061

Aus der Universitäts-Hautklinik und Poliklinik
in Hamburg
Direktor: Professor Dr. Mulzer

Beitrag zur Beurteilung blasenbildender Hauterkrankungen unter dem Bilde eines Pemphigus oder einer Dermatitis herpetiformis Duhring bei Jugendlichen.

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines
Doktor der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Hansischen Universität, Hamburg

Vorgelegt von
Heinz Voigtlaender
aus Oranienbaum
1938

Druck: Hermann Niemitz, Buchdruckerei und Verlag
Oranienbaum (Anhalt)

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Keining

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Mulzer

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät
der Hansischen Universität

Bei einem sechsjährigen Patienten, der mit einer blasenbildenden Hautkrankheit eingeliefert wurde, kamen wir zu der Feststellung, daß sich die Symptome des Pemphigus und der Dermatitis herpetiformis Duhring vielfach überschnitten — ein Ereignis, das allein schon wegen der Prognose zu ernsten differentialdiagnostischen Überlegungen führen mußte.

Es handelte sich um einen sechsjährigen Knaben mit folgender Anamnese:

Tag der Einlieferung: 25. 11. 1937.

Familienanamnese: Eltern und 2 Geschwister gesund. Die Mutter reagiert auf Mückenstiche mit auffallender Blasenbildung. Um die Einstichstelle herum entsteht dann eine Blase, die oft pflaumen- und eigroß wird, serösen Inhalt hat und bemerkenswert langsame Rückbildungs- und Heilungstendenz zeigt. Oft dauert es 3—4 Wochen, ehe sich der Blasengrund wieder einigermaßen epithelisiert hat. Bei einigen weiteren weiblichen Verwandten der Mutter zeigten sich gleiche Erscheinungen.

Eigene Anamnese: Das Kind hatte Masern und Keuchhusten, sonst war es nicht ernstlich krank, seit der Schulzeit hatte es mehrere Male Impetigo.

Jetzige Erkrankung: Am 5. 11. bildete sich auf völlig gesund erscheinender Haut plötzlich eine linsengroße, pralle Blase. Über Juckreiz wurde nicht geklagt, auch bestand kein Fieber. Bis zum folgenden Tag bildeten sich auch Bläschen an der Haargrenze, und in den nächsten 4 Tagen zeigten sie sich massenhaft an den Beinen und am Gesäß. Sie wurden größer und liefen zusammen, sodaß sie stellenweise hühnereigroß waren. Auch jetzt wurde noch nicht über Jucken, sondern über ein Spannungsgefühl geklagt. Die Haut wurde mit Trypaflavin eingepinselt und die großen Blasen aufgeschnitten; aus ihnen entleerte sich eine wasserklare Flüssigkeit. Nun wurde das Kind unruhig, schlief nachts fast garnicht, und am folgenden Morgen waren auch Arme und Schultern von sehr kleinen Blasen befallen, die nach Bepinseln mit Trypaflavin wieder eintrockneten. Das Kind klagte über Juckreiz und kratzte besonders an den abheilenden Bezirken, wo dann nach vorübergehender Besserung wieder neue Blasen auftraten. Am 25. 11. zeigte sich eine leichte Temperatursteigerung, und der Patient wurde eingewiesen.

Befund: Kräftiger Junge in gutem Ernährungszustand, Haut- und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Beide Arme und Beine sind in ihrer gesamten Ausdehnung von dichtstehenden Blasen übersät, die alle Größen von Erbsen- bis zu Hühnereigröße aufweisen und nirgends gesunde Haut freilassen. Sie bilden ein imponierend polymorphes Bild, haben teils serösen, trüben oder sanguinolenten Inhalt und sind prall gefüllt oder schlaff; stellenweise näßt die Haut. Der Eindruck dieser Erscheinung ist gewaltig durch den bemerkenswerten Grad der Ausdehnung der Effloreszenzen und die enorme Größe mancher Blasen, die oft das Hautniveau um mehrere Zentimeter überagen, und dadurch den Extremitäten plumpe, unförmige Konturen verleihen. Frei von diesen auffallenden Hauterscheinungen sind lediglich die Handteller und Fußsohlen. Gegen die Schultern und das Gesäß hin ist allmähliche Abnahme zu verzeichnen, sodaß auf dem Rücken nur vereinzelt Blasen stehen und Brust und Abdomen sogar ganz frei sind. Am Hinterkopf heben sich vereinzelt kleine borkige Erhabenheiten ab, und an der linken Wangenschleimhaut findet sich ein kleines Ulcus mit nekrotischem Rand und Grund. Das Kind klagt über äußerst quälenden Juckreiz.

Temperatur ist normal; sonstiger Zustand o. B.

Verlauf: 26. 11. Starke Unruhe wegen des heftigen Juckreizes, der besonders an Armen und Beinen besteht. Alle befallenen Gebiete werden ständig mit Essigsaurertonerde-Umschlägen umwickelt.

27. 11. Rötung und Nässen sind deutlich zurückgegangen, am rechten Unterarm haben sich zahlreiche kleine Blasen gebildet, sie stehen auf völlig reizlosem, blassen Grund. Einige Blasen werden aufgestochen; Entnahme des Inhalts zur Kultur- und Virusforschung.

29. 11. Haut der Arme und Beine erscheint weniger gereizt. Nur auf dem linken Fußrücken starke, diffuse Rötung. An beiden Oberschenkeln haben sich neue Blasen mit hellem Inhalt gebildet, die auf reizlosem Untergrund stehen. Nochmalige Punktion zur Kultur. In der Kultur vom 27. 11. wurden hämolytische Streptococcen nachgewiesen. Der Juckreiz ist merklich zurückgegangen; am meisten klagt das Kind noch morgens nach dem Schlafen.

1. 12. In der Kultur vom 29. 11. fanden sich Staphylococcen. Das Allgemeinbefinden hat sich gebessert, der Juckreiz ist wesentlich vermindert, neue Blasen treten nur noch vereinzelt auf. Die Nahrung besteht aus Obst, Obstsäften und Gemüse. In einer dritten Kultur finden sich Staphylococcen und Streptococcen.

2. 12. Inzwischen kamen vereinzelt erbsengroße Blasen an Armen und Beinen hinzu. Das Kind bekam 190 ccm gruppengleichen, mütterlichen Blutes i. v.

3. 12. Die Bluttransfusion ist dem Kinde gut bekommen; es erfolgte ein Temperaturanstieg bis 38,4 Grad. Dabei ist das Befinden gut. Es werden noch einmal 100 ccm Blut von der Mutter gegeben. Die Hauterscheinungen sind abgeblaßt.

4. 12. Temperaturanstieg bis 39,6 Grad. Allgemeinbefinden ist dabei gut.

6. 12. Temperaturabfall zur Norm. In allen befallenen Gebieten befinden sich jetzt größere normale Hautbezirke. Es sind längere Zeit keine neuen Bläschen aufgeschossen. Das Befinden ist gut.

12. 12. Am rechten Arm und an beiden Unterschenkeln sind neue Blasen im Gebiet der alten Effloreszenzen entstanden.

13. 12. Beide Arme und Beine — insbesondere die Unterschenkel — sind mit neuen Blasen besät; meist sind sie von Erbsengröße; ihr Inhalt ist wasserklar. In einer Kultur finden sich hämolytische Streptococcen.

15. 12. Die Eruption neuer Blasen hat erheblich zugenommen; teils sind sie kirschen- — teils pflaumengroß.

16. 12. Temperatur 40,5 Grad. Dabei ist das Befinden und die Stimmung des Patienten gut; die Bildung neuer Blasen sistiert. Die kleinen, vor 3 Tagen entstandenen Blasen sind eingetrocknet, die Haut erscheint an diesen Stellen wenig gereizt. Die großen Blasen werden aufgestochen und der Inhalt (0,5 ccm) wird mit einer Spritze steril entnommen und intracutan in eine völlig gesunde Hautstelle gegeben (Uhrglasverband).

19. 12. Temperatur 38,0 Grad. Das Kind ist unruhig und seine Stimmung wesentlich verschlechtert. An den Stellen der ehemals großen Blasen haben sich scharf umgrenzte Krater gebildet, die wie ausgestanzt wirken und einen gelben, schleimigen Grund haben. Hier klagt das Kind über Schmerzen. Eine gleiche Reaktion zeigt die Hautstelle der Intrakutanimpfung. Diese Defekte werden mit Präzipitatsalbe behandelt.

22. 12. Statt der Präzipitatsalbe wird jetzt Borsalbe genommen. Im Blutbild zeigt sich eine Eosinophilie und hochgradige Linksverschiebung. 68% Hb. F. J. 0.85. Das Allgemeinbefinden hat sich weiterhin verschlechtert. Eine Bluttransfusion von 250 ccm wird gut vertragen.

26. 12. Auch bei der Behandlung mit Borsalbe reinigen sich die schmierigen, von einem entzündlichen Hof umgebenen Stellen nicht. Es wird ein Verband mit Desitinsalbe angelegt. Statt der strengen Obst- und Gemüsediät wird leichte allgemeine Kost mit Überwiegen von Obst und Gemüsen gegeben.

28. 12. Noch immer zeigt das Blutbild eine erhebliche Linksverschiebung. Die schmierigen Kraterstellen beginnen sich zu reinigen. Neue Blasen haben sich nicht gezeigt.

30. 12. Der Patient erhält täglich ein Bad mit Kali perm.; jetzt zeigen die Ulcera gute Heilungstendenz.

4. 1. Nur vereinzelt bilden sich jetzt kleine Blasen. Durch die täglichen Bäder sieht die Haut wesentlich reizloser aus; die Ulcera beginnen zu granulieren. An allen Körperteilen, die bisher befallen worden sind, zeigen sich fleckförmig pigmentierte und pigmentlose Gebiete.

Der Verlauf blieb auch in den folgenden Wochen weiter so schwankend und abwechselungsreich, bis das Kind am 13. 4. gebessert entlassen werden konnte.

Ein Lumbalpunktat vom 15. 12. zeigte einen negativen Pandy; 4/3 Zellen; der Liquorzucker betrug 85 mg %.

Der Blutdruck betrug 135/85;

die Senkung am 26. 11. 5 mm
am 14. 12. 7 mm
am 28. 12. 16 mm

Das Gewicht betrug bei der Einweisung 22,4 kg, am 8. 2. bereits 24,1 kg und am 18. 5. 25 kg.

Die Zahl der Stühle schwankte zwischen 2 bis 4 bis 6.

Nachdem der Patient gebessert entlassen war, bot er am 18. 5. bei einer Nachuntersuchung folgendes Bild:

Der Ernährungszustand und die Stimmung waren gut, die Haut weiterhin auffallend blaß. In der Zwischenzeit schossen ständig vereinzelt Blasen auf, die aber nicht mehr Kirsch- und Wallnußgröße überschritten. Einmal trat wieder ein heftiger Schub auf, wobei sich das Befinden des Patienten verschlechterte und die Temperatur leicht anstieg. Am stärksten waren immer noch die Extremitäten befallen, die jetzt auch mit auffallend großen Narbenkelloiden bedeckt sind, die einen Durchmesser von 1—4 cm haben und das Niveau der Haut um mehrere Millimeter überragen. Zwei Schleimhautblasen wurden beobachtet, wovon eine im Mund und eine in der Nase lokalisiert war; sie machten keine Beschwerden. Die Therapie blieb weiterhin rein symptomatisch.

Die hier geschilderte Krankheit zeigt in ihrem Verlauf teils Bilder des Pemphigus, teils der Dermatitis herpetiformis Duhring.

Für die alten Dermatologen bedeutete das Wort „Pemphigus" einen Begriff; sie bezeichneten damit jede mit Blasen einhergehende Dermatose. Erst von Hebra prägte „Pemphigus" als Namen für eine ganz bestimmte blasenbildende Erkrankung, die er durch die Hinzufügung „vulgaris" und „foliaceus" differenzierte; zu dieser Gruppe fügte Neumann den Pemphigus vegetans zur weiteren Unterscheidung hinzu. Auch die 1884 von Duhring abgegrenzte Dermatitis herpetiformis ging im Begriff des „Pemphigus" unter. Abgesehen von wenigen Ausnahmen ist heute wohl allgemein anerkannt, daß der von Hebra und Neumann herausgehobene Pemphigus und die Dermatitis herpetiformis zwei verschiedene Krankheitsbilder sind. Ihre Kardinalsymptome sind klar umrissen.

Der Pemphigus.

Der Pemphigus ist eine, in ihren Ursachen noch nicht geklärte, schwere Allgemeinerkrankung, die mit schubartigen Blasenausbrüchen an der Haut und den Schleimhäuten einhergeht.

Die Primäreffloreszenzen sind also kleinste bis kirsch-, pflaumen- und eigroße, einkammrige Blasen mit klarem, sterilen Inhalt, die auf gesunder oder geröteter Basis plötzlich aufschießen. Später trübt sich der Inhalt, der auch manchmal blutig sein kann, die Blasen werden schlaff und fließen auch ineinander über. Oft entsteht am Blasengrund eine Nekrose mit folgender Geschwürbildung. Die Blasen hinterlassen nach ihrer Abheilung selten Narben; meist bleiben nur Pigmentflecke, die sich noch lange Zeit erhalten. Befallensein der Schleimhäute wird als signum mali ominis gewertet. Prodromalerscheinungen zeigen sich nicht regelmäßig, zu ihnen gehören Fieber und Durchfälle, oft aber tritt der Pemphigus ganz plötzlich mit hohem Fieber und Blasenerupționen in Erscheinung.

Prädilektionsstellen lassen sich nicht angeben, die einzelnen Herde finden sich unregelmäßig zerstreut.

An sensiblen Erscheinungen findet sich Jucken und Brennen; oft machen die Blasen keine subjektiven Beschwerden. Als Begleiterscheinungen haben wir hohes septisches Fieber, Schlaflosigkeit, Erbrechen, Abmagerung und Durchfälle.

Der Nikolsky ist meist positiv. Im Blutbild findet sich eine Eosinophilie und Leukozytose.

Das Allgemeinbefinden leidet meist sehr, sodaß die Patienten immer mehr herunterkommen. Das schubweise Auftreten charakterisiert den Verlauf. Zwischen den einzelnen Schüben können Wochen, Monate und auch Jahre liegen. Der Ausgang ist letal.

Die Krankheit ist nicht häufig; sie befällt jedes Alter, bei Kindern ist sie sehr selten.

Die Dermatitis herpetiformis Duhring

ist gleichfalls eine blasenbildende Erkrankung mit unbekannter Ätiologie, die aber in einigen wichtigen Merkmalen vom Bilde des Pemphigus abweicht. Es findet sich ein Polymorphismus der Erscheinungen mit Papeln, Bläschen, Pusteln, Schuppen, Krusten, Excoriationen, Pigmentierungen und Depigmentierungen, wobei die Bläschen vorherrschen. Sie stehen teils auf unveränderter, teils auf erythematöser Haut, sind klein, überschreiten selten Erbsen- oder Kirschgröße und hinterlassen nach der Abheilung keine Narben.

Die Schleimhäute sind nicht befallen, der Nikolsky ist negativ.

Lokalisiert sind die Erscheinungen meist symetrisch an den Streckseiten der Extremitäten, Schultern, Nacken, Brust, Hüften und behaartem Kopf. Die Patienten klagen über Parästhesien wie heftiges Jucken, Brennen, Kribbeln und starke Hautspannung.

Begleiterscheinungen sind kaum vorhanden, Fieber tritt fast nie auf. Im Blutbild zeigt sich eine Eosinophilie und Leukozytose.

Das Allgemeinbefinden ist nur wenig beeinträchtigt, die Patienten befinden sich in gutem Ernährungszustand und lassen schon durch ihr Aussehen eine günstige Prognose erhoffen. Die einzelnen Blasenerup-

tionen treten schubweise auf, wobei sich die Krankheit durch einen enorm chronischen Verlauf auszeichnet, der sich oft über Jahre und Jahrzehnte ausdehnt, um dann endlich abzuheilen.

Viele führen an, typisch für den Duhring sei seine Empfindlichkeit gegen Jodmedikationen, durch die sofort ein neuer Schub ausgelöst werden kann. Dieses Symptom wird von Kummer gänzlich abgelehnt, während Naegeli nur seinen negativen Ausfall als Beweis dafür gelten läßt, daß es sich nicht um einen Duhring handelt.

Bevorzugt ist besonders das mittlere Lebensalter, aber auch Kinder werden befallen.

Bis heute ist keine Einigung erzielt worden, in wieweit nun beide Krankheiten von einander zu trennen sind, weil ihre Ätiologie noch absolut im Dunkeln liegt und für ihre Unterscheidung nur klinische Merkmale herangezogen werden können, die oft eine Rubrizierung in die eine oder andere Gruppe schwer, wenn nicht unmöglich machen. So ist es mit der Zeit teilweise zu einer Vernachlässigung der Trennung gekommen und von „fließenden Übergängen" gesprochen worden, die z. B. Linser gelten läßt, womit diese Autoren wohl zum Ausdruck bringen wollen, daß sie an eine gemeinsame Ätiologie der beiden Krankheiten glauben. Dieses Schwanken führt aber zwangsläufig zu einer weiteren Verwischung der Bilder und zu einer erschwerten Diagnosestellung, sodaß wir dadurch der Klärung dieses Krankheitsbildes nicht näher kommen. Eine Beibehaltung des Begriffes „Übergänge" ist schon deswegen unmöglich, weil das Bild der Krankheit oft so wechselt, daß wir gezwungen sind, innerhalb weniger Monate die Diagnose mehrmals zu ändern. So fordert Naegeli eine strikte Trennung zwischen beiden Krankheiten, auch wenn dies erst nach längerer Beobachtung möglich ist. Krantz sagt, wenn man sich auf den Standpunkt stelle, es gebe gleitende Übergänge, so müsse man darauf verzichten, Pemphigus und Dermatitis herpetiformis zu trennen.

Wir müssen für jede der beiden Krankheiten eine Symptomengruppe anerkennen, wie sie schon seit langer Zeit bekannt sind und hiernach strenge Einteilung treffen. Selbstverständlich ist der Streit über den Wert der einzelnen Merkmale auch heute noch groß, er darf uns aber nicht hindern, auf diesem Wege weiter zu gehen. Es erübrigt sich im Rahmen dieser Arbeit auf die Stimmen einzugehen, die die einzelnen Symptome bejahen oder verneinen, denn im Laufe der Jahre ist so ungefähr alles befürwortet und verworfen worden; wir werden bei diesem Vorgehen den größten Teil der vorkommenden Fälle richtig einordnen und beim Überblicken eines größeren Materials feststellen, daß unsere Diagnose meist gestimmt hat. Berücksichtigen müssen wir dann die Fälle, die infolge der häufigen Überschneidungen der beiden Krankheitsbilder zunächst nicht einzuordnen sind. Da wird es sich dann bewähren, abzuwarten, bis wir einen längeren Verlauf überblicken können oder gar durch letalen Ausgang belehrt sind. Es scheint mir falsch, einen unklaren Fall unter der Diagnose Pemphigus oder Dermatitis herpetiformis zu veröffentlichen, weil er später nicht zur Klä-

rung, sondern zum Gegenteil beitragen wird. Man muß sich dann daran erinnern, daß die Diagnose oft erst retrospektiv zu stellen ist und abwarten.

Betrachten wir nun nach diesen Prinzipien unseren Fall, so zeigt es sich, daß er an Überschneidungen besonders reich ist, weswegen wir auch bis heute zu keiner eindeutigen Diagnose gelangt sind.

Fassen wir die Krankheit als eine Dermatitis herpetiformis Duhring auf, so spricht für diese Diagnose der allgemeine Eindruck, den wir zeitweise von unserem Patienten bekommen und sein guter Ernährungszustand, der sich während der Behandlung regelmäßig besserte. Schon beim ersten Blick fällt auch der Polymorphismus der Erscheinungen auf, der als ein wichtiges Symptom anerkannt ist. Die einzelnen Effloreszenzen passen allerdings weniger in dieses Bild. Das Befallensein der Schleimhäute spricht gegen Duhring, der negative Ausfall des Nikolsky dafür. In der Lokalisation zeigten sich gewisse Regelmäßigkeiten und Verteilungen, wie man sie beim Duhring oft findet; so das Befallensein der Nackenhaargrenze, der Schultern, Extremitäten und des Rückens mit der auffallenden Freiheit des Stammes. Die geäußerten Parästesien wie Brennen, Jucken, Kribbeln und starke Hautspannung bilden einen weiteren Faktor. Das Blutbild ist nicht zu verwenden, da es beide Male etwa gleich ist. Das schubweise Auftreten mit dem chronischen Verlauf, dem häufig guten Aussehen und der Stimmung des Patienten vervollkommnen das Bild.

Die eben angegebenen Stigmata sind es, die uns veranlassen, bei der Diagnose des Falles einen Duhring in den Bereich der engsten Betrachtung zu ziehen.

Demgegenüber müssen wir nun den Wert der Symptome abschätzen, die uns die Diagnose Pemphigus nahelegen:

Die Blasen als augenfälligste Erscheinungen der Erkrankung zeigen Entwicklungen und Formen, wie sie gerade für Pemphigus typisch sind: plötzlich, — ohne Prodromalerscheinungen, — schießen sie massenhaft auf, sind prall gespannt und überschreiten in ihrer Größe die beim Duhring vorkommenden meist ganz beträchtlich. Durch Zusammenfließen erreichen sie Eigröße — beides Dinge — die nie zum Verlauf des Duhring gehören. Der Inhalt ist zunächst klar, wird dann trübe und auch öfter hämorrhagisch. Bei der Ausheilung kommt es durch Austrocknung zu Schuppen- und Krustenbildung; findet Eröffnung der größeren Blasen statt, so zeigt sich ein schmierig-eitriger, oft nekrotischer Grund mit schlechter Heilungstendenz. Überblickt man ein längeres Stadium der Krankheit, so zeigen sich zwar massenhaft die häufig erwähnten Pigmentierungen, dazu kommen aber überall Narben, die stellenweise so hypertrophisch sind, daß sie um mehrere Millimeter das Hautniveau überragen. Sie stammen alle von den schweren Ulzerationen, die Ende Dezember entstanden waren und sind wohl kaum je von solchem Ausmaße bei einem Duhring beobachtet worden.

Das Befallensein der Schleimhäute weist weiter in Richtung Pemphigus und wäre als „signum mali ominis" zu deuten, während der negative Nikolsky dagegen spricht.

Die einzelnen Schübe und der plötzliche Beginn sind als typisch, die augenfälligen Prädilektionsstellen als atypisch zu bezeichnen; der negative Ausfall der Jodprobe ist als weiteres Beweismittel zu buchen.

Wenn unter Duhring vom guten Befinden des Patienten gesprochen wurde, so war doch dort mit vollem Bewußtsein das Wort „zeitweise" als Einschränkung hinzugesetzt, denn im Verlauf der Perioden wo die Schübe auftraten, lagen die Dinge doch manchmal ganz anders. Es zeigte sich dann Fieber zwischen 38 und 40,5 Grad, Jucken, Brennen, Spannungsgefühl und dadurch bedingte hartnäckige Schlaflosigkeit. Die Stühle vermehrten sich bis auf 6 pro Tag, der Appetit, der sonst auffallend gut war, ließ gewaltig nach, die ganze Stimmung des Kindes sank um verschiedene Grade, sodaß man schon beim Betreten des Krankenzimmers auf die Schwere des augenblicklichen Zustandes aufmerksam wurde.

Wie bereits oben erwähnt, sind wir bei unserem Fall zu keiner eindeutigen Diagnose gekommen; es sollen daher noch einmal die Symptome kurz zur Gegenüberstellung gebracht werden:

Für Dermatitis herpet. Duhring spricht:	**Für Pemphigus spricht:**
1. der Polymorphismus	1. die typischen Blasen, ihre Größe u. ihr Zusammenfließen
2. der gute Ernährungszustand und die Gewichtszunahme	2. das Befallensein der Schleimhäute
3. Die Lokalisation	3. die Ulcera und hypertroph. Narben
4. die Parästhesien	4. das hohe Fieber mit d. schwer geschädigten Allgemeinbefinden
5. der negative Nikolsky und	5. die negative Jodprobe und
6. das schubweise Auftreten.	6. das schubweise Auftreten.

Obwohl der Symptomenkomplex des Pemphigus überwiegt, wurde diese Diagnose nicht festgelegt. Eine Erfahrung zeigt nämlich, daß Kinder nicht häufig an Pemphigus ad Exitum kommen, was ich durch Heranziehung von Literatur zu erhärten suchte. Es fanden sich die hier folgenden 16 Fälle teils von Pemphigus teils von Dermatitis herpetiformis, von denen nur einer tödlich verlief, während die restlichen 15 bis zu ihrer Veröffentlichung am Leben waren, wobei die Erkrankung bereits mehrere Jahre zurücklag. (Löhe, Keining, Soltmann, Chaldeev).

Scholefield: Pemphigus bei einem 9 Monate alten Kind. Kleine Blasen, Allgemeinbefinden monatelang gut.

Gottrou: Pemphigus serpiginosus bei einem Kind; ganzer Körper mit großen und kleinen Blasen befallen, nässen, Krusten. Gegen Duhring wird nicht scharf abgegrenzt.

Flehme: Pemphigus vulgaris benignus bei einem Kinde.

Soltmann: Pemphigus chronicus im Kindesalter. 13jähriger Knabe seit 3 Jahren in Behandlung, unausgesetzt befallen; Gewichtszunahme 6 kg in 3 Jahren; gutes Allgemeinbefinden.

Keining: erwähnt 3 Fälle, die in der Pubertät abheilten. Die Möglichkeit, daß es sich um Duhring handelte, wird betont.

Leszczynski: Pemphigus benignus (Dermat. herpet.) 7jähriges Mädchen in einem Monat fast erscheinungsfrei. Guter Allgemeinzustand.

Cleveland: Maligner Pemphigus bei einem Kinde verlief innerhalb von 5 Tagen tödlich. Mundschleimhaut war befallen, Allgemeinbefinden schwer gestört.

Nicolas: 3jähriger Knabe seit 6 Monaten schubweise Blaseneruptionen.

Löhe: 11jähriger Patient mit sehr ausgedehntem Pemphigus heilt ab und blieb bisher recidivfrei.

9jähriger Knabe, Haut- und Schleimhäute befallen, schnelle Rückbildung.

Drouet: Dermat. herpet. bei einem 15jährigen Kind. Schleimhäute frei, nach 1 Monat Heilung, während eines Jahres recidivfrei.

Chaldew: 1 Fall von Dermat. herpet. bei einem 4jährigen Kind. Schon seit Geburt ganzer Körper befallen. Allgemeinzustand gut.

Wise: 5jähriges Mädchen, besonders Extremitäten und Gesäß befallen. Allmähliche Besserung.

Morgan: 13jähriges Mädchen, besonders Schleimhäute befallen, Gewichtsabnahme; bald auffallende Besserung und Abheilung, die bisher über 2 Monate andauerte.

Wertet man nun diese Erfahrungen aus, so ergeben sich verschiedene Möglichkeiten. Die anscheinend gute Prognose fordert trotz der oft schweren Krankheitsstadien schließlich die Diagnose Dermat. herpet. Duhring. Wollen wir uns aber von den überwiegenden klinischen Erscheinungen bestimmen lassen, so müßten wir das Urteil Pemphigus dahin einschränken, daß unter juvenilem Pemphigus nicht mehr ein Fall so infauster Prognose zu verstehen ist, denn Naegeli sagt, mit der Diagnose Pemphigus spricht man das Todesurteil für den Patienten. Meistens wird es sich bei Kindern um Dermat. herpet. handeln, wenn nicht ein ganz bestimmter foudroyanter Verlauf dagegen spricht. Liegen die Dinge wie bei unserem Patienten, wo immer wieder das Schlimmste befürchtet werden muß, so ist die Diagnose kaum vor Erreichung der Pubertät zu stellen, wo sich vieles entscheidet. Dieser Weg bietet auch einige Sicherheit bezüglich der Prognosestellung den Eltern gegenüber, die also in den meisten Fällen beruhigt werden können.

Es erscheint hiernach aber zweckmäßig, den ätiologisch unklaren Blasenerkrankungen bei Kindern eine Sonderstellung einzuräumen, wodurch zu erwarten steht, daß bei Vermehrung des Materials einer allmählichen Klärung der Fälle der Weg geebnet wird.

Zusammenfassung: Es wird der klinische Verlauf einer blasenbildenden Hauterkrankung bei einem Kinde geschildert und anschließend auf sich ergebende Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose zwischen Pemphigus und Dermatitis herpetiformis eingegangen, wozu die Merkmale dieser Krankheiten herangezogen und in ihrer Bewertung besprochen werden. Es werden 16 Fälle aus der Literatur namhaft gemacht, um zu beweisen, daß es berechtigt erscheint, dieser Krankheit bei Kindern infolge ihrer guten Prognose eine Sonderstellung einzuräumen, um sie nicht in der oft großen Unklarheit bei der Gruppierung untergehen zu lassen.

Zum Schluß sei es mir erlaubt, Herrn Professor Dr. K e i n i n g für die Überlassung des Themas und die Beratung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Am 30. September 1911 wurde ich als Sohn des Arztes Dr. Erich Voigtlaender und seiner Ehefrau Katharina geb. Kitzinger in Oranienbaum geboren.

Ich besuchte dort 4 Jahre die Schule und kam dann in das Reform-Real-Gymnasium zu Dessau, wo ich Ostern 1932 das Abitur bestand.

Um Medizin zu studieren, ging ich zunächst nach Marburg, wo ich nach 5 Semestern im September 1934 das Physikum bestand. Anschließend diente ich 1 Jahr beim 1. R. R. 14 in Ludwigslust.

Das 1. klinische Semester verbrachte ich wieder in Marburg und ging dann nach Hamburg, wo ich bis zum Staatsexamen blieb.

Literaturnachweis:

1. **Prof. Leop. Arzt und Prof. Karl Zieler,** Die Haut- und Geschlechtskrankheiten.
2. **Prof. E. Riecke,** Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
3. **Prof. Flehme,** Derm. Wochenschrift 1922, **74,** 22.
4. **Prof. Gottrou,** „ „ 1922, **74,** 283.
5. **Prof. Grouwer,** „ „ 1934, **99,** 1085.
6. **Prof. Keining,** „ „ 1933, **97,** 1423.
7. **Prof. Krantz,** „ „ 1934, **99,** 1086.
8. **Prof. Linser,** „ „ 1934, **99,** 1089.
9. **Prof. Scholefield,** „ „ 1917, **61,** 1129.
10. **Prof. Soltmann,** „ „ 1921, **72,** 381.
11. **Prof. Chaldeev,** Zentralblatt f. Haut- u. Geschl. Krkh. 1929, **28,** 276.
12. **Prof. Cleveland,** „ „ „ „ 1933, **45,** 331.
13. **Prof. Drouet,** „ „ „ „ 1931, **35,** 769.
14. **Prof. Leszczynski,** „ „ „ „ 1935, **51,** 529.
15. **Prof. Löhe,** „ „ „ „ 1932, **40,** 154.
16. **Prof. Morgan,** „ „ „ „ 1928, **26,** 152.
17. **Prof. Nicolas,** „ „ „ „ 1932, **42,** 355.
18. **Prof. Wise,** „ „ „ „ 1928, **27,** 283.